Through the President's Office

DUPLICATE

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

CATALOGUED
MAR 27 1935
M. L. W.

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

BOSTON
MAR 27 1935
MEDICAL LIBRARY

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Reynaldo Escobar.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Chávez.
Salvador García Téllez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Manuel Perea.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.

Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Genaro Márquez.
Vicente Pérez de la Vega.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.
Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Luis G. Campos.
José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.

Alejandro Velasco Z.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Serafín Murillo.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel A. Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
José Luis Gómez Pimienta.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.

Abril de 1933

Año VII

No. 44

FARMAMEX

Productos Farmacéuticos, S. A.

Luis Moya núm. 24. Apartado 1257

MEXICO, D. F.

EUPAVERINA

MERCK

EL NUEVO ESPASMOLITICO, PREPARADO SINTETICO, DE ACCION ANALOGA A LA DE LA PAPAVERINA PERO MAS EFICAZ Y MENOS TOXICO

AMPOLLETAS

TABLETAS

Merck-México, S. A.

Apartado 2669 México, D. F.

EUPAVERINA M.R.
Nº 8320 D S P

Radiografía de las Vías Urinarias con el Nuevo Medio de Contraste

PER-ABRODIL

M. R.

Inyección intravenosa de 1 amp. de **20 c. c.** de la solución al 35 o|o es suficiente para la obtención de una roentgenografía de las vías urinarias de bastante contraste.

No Irritante.

Volumen Reducido.
(20 c. c.)

Empaque original: Amp. de 20 c. c.

Rgdo. No. 9715 D. S. P. México.

LA QUIMICA INDUSTRIAL **Bayer Meister Lucius**

WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24 **Apdo. 45 bis.**

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

APARTADO 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Págs.

La Academia Mexicana de Cirugía 1531

Las Indicaciones de la Ouabaina.— Por el doctor Salvador García Téllez. 1532

Sobre algunas de las Manifestaciones Viscerales de la Enfermedad de Hodgkin. — Por el doctor M. Martínez Báez..... 1541

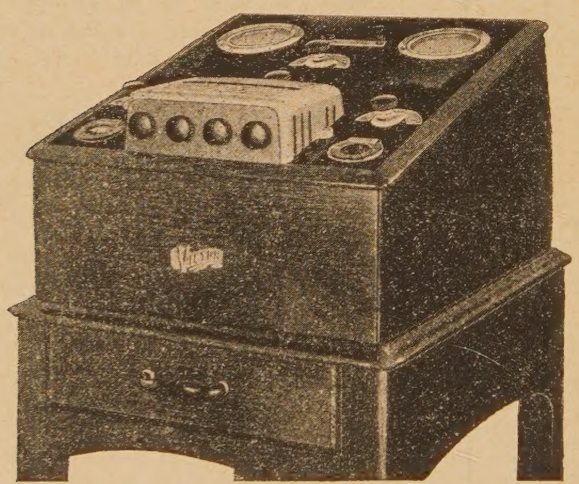
Operaciones Toracoplásticas.—Por el doctor George Straub. Traducción del doctor Fernando Rueda Magro. 1553

PIRETOTERAPIA

LA Piretoterapia Diatérmica es el medio ideal para el desarrollo de temperaturas terapéuticas sin que sobrevengan infecciones colaterales. La frecuencia, duración e intensidad de los paroxismos febriles están siempre bajo un control exacto y la temperatura deseada puede ser producida para cada caso.

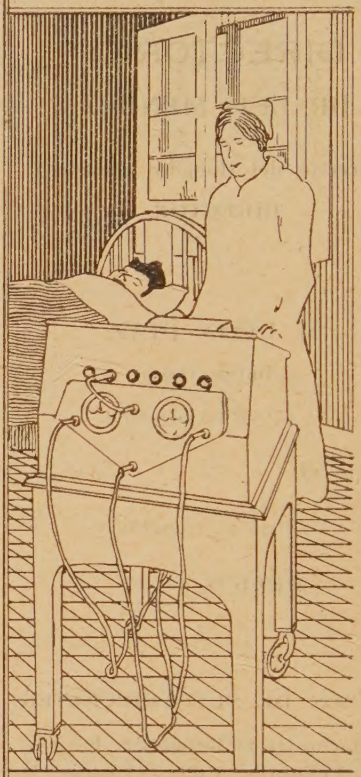
Este nuevo método no solamente ha probado ser de gran valor en ciertas afecciones del sistema nervioso central, sino también en el asma y la artritis infecciosa. De 40 casos de asma reportados el 50% recibieron una remisión total, y un 30% adicional fueron decididamente mejorados. Se ha tratado un gran número de casos de artritis con excelentes resultados.

De 356 casos de paresis general reportados en la literatura reciente, 105 se restablecieron por completo y 104 han mejorado tanto que han sido dados de alta en las instituciones.



EQUIPO SUPERPOTENTE VICTOR PARA PIRETOTERAPIA

LA TERAPIA MODERNA



EL Equipo Superpotente Victor para Piretoterapia, especialmente diseñado para la producción de fiebres terapéuticas, ofrece aquellas cualidades de corriente que mejor se adaptan a la naturaleza de cada caso. Suministrará más corriente que la que un paciente puede tolerar en cualquier parte del cuerpo. Esta capacidad reduce el tiempo del tratamiento a un mínimo y asegura el empleo de una amplia energía eléctrica en el desenvolvimiento futuro.

Para diatermia médica y quirúrgica, así como para piretoterapia, el "Superpotente" es la selección lógica de aquéllos que desean poseer un aparato de probada calidad.

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.
ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

Me interesa recibir información sobre el Equipo Superpotente Victor para Piretoterapia, así como el folleto "Tratamiento de la Parálisis General por Medio de la Diatermia." E-61-S

Dr._____

Calle_____ No._____

Ciudad_____ Estado_____

La Academia Mexicana de Cirugía

PLASMANDO una aspiración inaplazable, que existía latente en nuestro medio quirúrgico y que, cada vez con mayor fortaleza, exigía su inmediata realización, un grupo distinguido de viejos maestros de la Cirugía y de jóvenes cirujanos, reunidos en un noble afán común, resueltos a que el ideal fuera una pujante realidad, a que las glorias y los adelantos quirúrgicos nacionales no se pierdan ante la indiferencia propia, decididos a que el trabajo mexicano traspase las fronteras y sea respetado por su indiscutible mérito, procedieron a la solemne fundación de la Academia Mexicana de Cirugía. Dentro de este organismo de rígidas disciplinas científicas y de elevación del arte, laborarán en estrecha comunión espiritual y en fraternal colaboración material, cirujanos de brillante nombre y cirujanos de brillante porvenir, todos entusiasmados en pos de algo grande: el engrandecimiento y perfeccionamiento contínuo de la Cirugía Mexicana, es decir, propugnando por el acrecentamiento del prestigio de la Cultura Científica de México.

El Gobierno de tan honorable agrupación, para los años de 1933 a 1936, quedó constituído por el siguiente Cuerpo Directivo: Presidente, Doctor Gonzalo Castañeda; Primer Vicepresidente, Doctor Luis Rivero Borrel; Segundo Vicepresidente, Doctor Manuel Gea González; Secretario, Dr. Manuel A. Manzanilla; Tesorero, Doctor Francisco J. Campos L.; Vocales: 1o., Dr. Julián González Méndez; 2o., Pablo Mendizábal; 3o., José Aguilar Alvarez; 4o., José Castro Villagrana; 5o., José Rojo de la Vega; 6o., Felipe Alfonso Aceves Zubieta; 7o., Germán Troconis Aragón; 8o., Carlos Otero; 9o., Arturo de los Ríos; 10o., Gustavo Gómez Azcárate.

La **Revista Mexicana de Ciencias Médicas "HOSPITAL GENERAL"** comunica con verdadera satisfacción a sus lectores tan grata cuanto trascendental noticia y se honra felicitando y deseando ópimos frutos a la Academia Mexicana de Cirugía.

Las Indicaciones de la Ouabaina

Trabajo Presentado al X Congreso Médico en Morelia

por el Dr. Salvador García Tellez

DESDE la antigüedad el predominio de un pueblo sobre otro se ha hecho por medio de la guerra, buscando que los medios de defensa sean más destructivos que los de los contrarios; como en esa época no se conocían las armas de fuego, los indios salvajes envenenaban sus flechas introduciéndolas en el jugo de alguas plantas. Hoy se sabe que eran de la familia de las apocíneas y de la acocantera ouabaio; cuentan que individuo que era herido con estas flechas, moría en algunos minutos.

Las estrofantinas, son: Estrofantes hispidus, E. kombe, E. gratus.

Del estrofantus hispidus y kombe se prepara la tintura y el extracto que tienen como principio activo la estrofantina amorfa.

Del estrofantus gratus se extrae la ouabaina o estrofantina cristalizada que también se encuentra en la acocantera ouabaio; esto último fué obra de Arnauld, quien puso en las manos de Vaquez y Deglau, cantidades que ascendían a la suma de cinco kilos de ouabaina para su experimentación clínica, pero desgraciadamente la muerte lo privó de recibir el fruto de sus trabajos, palpando el bien que le hacía a la humanidad, al suministrar un medicamento sin el cual lan insuficiencias cardíacas acompañadas de gran dilatación, e irreductibles a la digital, hubieran seguido siendo fatalmente irreductibles.

Acción fisiológica

Todos están de acuerdo que su acción es rápida, enérgica, fugaz, que no se acumula y que se destruye en el organisdo, pues no se ha demostrado su eliminación por ninguno de los emontuorios naturales: saliva orina, intestino, piel, etc.

Potain la principió a usar y la abandonó por los accidentes mortales que tuvo. **Vaquez** indica que alguno de los accidentes que se le atribuyen se pueden explicar por choques coloidicos provocados por la reabsorción del líquido del edema y que los fracasos eran debidos a la ignorancia de su acción y al uso de varias estrofantinas. Lo considera como un veneno de las fibras musculares estriadas y lisas; disminuye el número de latidos y el volumen del corazón, aumenta la amplitud de la sístole, le considera acción diurética por vaso-constricción periférica, piensa con Richaud, que la ouabaina es más cardiotónica que angiotónica, se fija sobre el miocardio como un veneno o toxina, a dosis débiles es ineficaz, a dosis fuertes peligrosa porque produce aceleración cardíaca, fibrilación ventricular y por último el corazón se detiene en sístole (mal anginono de Lutenbacher.)

L. Cheinise hace observar que para él, en la acción de la ouabaina no toma parte el neumo-gástrico, el bulbo ni la médula; que la hipertensión que produce es de causa central y no vascular, que su acción es menos clara cuando a la insuficiencia cardíaca se asocia lesión aórtica, que a dosis tóxicas pone al corazón rígido, retraído y deja de contraerse por exceso de función.

Coubilaire y **Lemier** hacen notar que su acción es semejante a la digital, pero rápida e intensa. Con acciones: inotropa positiva,

bad-motropa negativa, crono-tropa y dromotropa dudosas, admiten con Richaud y Vaquez, que es más cardiotónica que angiotónica y que su acción diurética es más de causa central que periférica.

Es útil cuando se tema a la acción acumuladora de la digital, refuerza la contracción y reduce la dilatación cardíaca.

A dosis tóxicas, vuelve al vago inexcitable produciendo taquicardia con bad-motropismo y drono-tropismos positivos, es decir, produce extra-sístoles taquicardia paroxística, disosiación auricular ventricular, fibrilación ventricular y contractura del miocardio con muerte.

Clerkc y **Dechamps** sostienen que regulariza y refuerza la contracción cardíaca; esto último de una manera sorprendente con acción rápida, enérgica, fugaz.

Lucien Beco presenta un trabajo en los archivos internacionales de Medicina experimental de agosto de 1926 en el volumen 2o. facículo 2o., titulado "Investigaciones experimentales sobre la acción fisiológica cardio-vascular de la ouabaina en el perro", y pudo concluir:

La bradicardia desaparece por sección de los neumo-gástricos.

La acción cro-notropa es cierta, pero tributaria a la excitación que la ouabaina ejerce sobre el centro del neumo-gástrico.

La ouabaina tiene acción vasoconstrictora intensa.

Hay oliguria al principio de su acción.

Un décimo de ouabaina por kilo de peso, mata al perro.

Medio milígramo de digitalina, no; la ouabaina es cinco veces más tóxica que la digital.

A dosis terapéuticas produce vaso-constricción esplénica, renal, intestinal, cerebral y esplágnica.

Produce vaso-dilatación de los miembros como un recurso de compensación, modera la frecuencia de los latidos cardíacos, con aumento de energía.

Su acción fisiológica, como su acción tóxica, es semejante a la de la digitalina cristalizada.

Laubry y Deglaude, destruyen médula, encéfalo y aun así demuestran su acción sobre badmo-tropismo y dromo-tropismo, pues obtienen electros con P. Q. alargada (disociación aurículo-ventricular), y a veces bloqueo total.

Lutenbacher admite que la ouabaina restablece la circulación coronariana, detiene y refuerza la contracción cardíaca, pero que a dosis tóxicas paraliza el corazón en sístole "por exceso de función." No hace intervenir al neumo-gástrico ni a los centros nerviosos y desecha la acción sobre los vasos. Tiene acción crono-tropa negativa intensa, atenúa la excitabiildad sinusal con aumento de trabajo útil-cardíaco, le admite acción badmo-tropa negativa, sedante y por lo tanto hacer desaparecer extra-sístole y taquicardia paroxística, la sección del vago y del bulbo no detienen su función, favorece la eliminación de la urea y el cloruro de sodio, la considera hipotensora por favorecer la eliminación de los venenos hipertensores, admite vaso-dilatación renal y acepta que es diurético indirecto por intermediario del corazón. Le considera acción semejante a la digitalina, variando en rapidez, intensidad y fugacidad; a dosis tóxicas produce dromotropismo y badmo-tropismos positivos, por eso engendra: Extra-sístoles, y fibrilación, taquicardias paroxísticas y llega hasta presentarse "Efecto inverso de Danielopolu", provocando fibrilación por hiper-excitabilidad de pronóstico fatal; llega a producirse inotropismo negativo. "Es el efecto disociado de Merclen", lentitud extrema cardíaca por aumento de pausa diastólica y distención cardíaca excesiva con colapso cardíaco.

De todo lo expuesto se puede concluir, que:

La ouabaina es de acción rápida, intensa, fugaz.

A dosis débiles es ineficaz, a dosis fuertes, peligrosa, por lo tanto, su uso es delicado en manos profanas.

No se acumula, se destruye, pues se ha demostrado que no se elimina por los medios naturales: saliva, intestino, orina, piel.

Su acción principal es directa sobre el músculo, favoreciendo su contracción "Acción inetropa positiva intensa con aumento de tono.

Tiene acción crono-tropa negativa, pero de acción vagal central.

Su acción bad-motropa y drono-tropa, es dudosa, a dosis útiles no tóxicas.

Es vaso-constrictora periférica.

Su acción diurética es indirecta, obra por intermediario del corazón.

El efecto inverso de Danielopulo y disociado de Mercle, no es de temerse a dosis no tóxicas.

Aunque se destruya médula, bulbo, encéfalo, persiste su acción crono-tropa.

Restablece la circulación coronariana, atenuando la excitabilidad sinuisal.

A dosis tóxicas, produce: extra-sístoles, taquicardias paroxísticas, disociación aurículo-ventricular, fibrilación ventricular y muerte en contractura cardíaca por exceso de función.

No hay que olvidar que la ouabaina no aporta al corazón ninguna energía nueva, "la toma de él", según expresión gráfica de Lutenbacher.

Indicaciones

Estas se derivan de las consideraciones anteriores: debe usarse, en insuficiencia cardíaca grave, en la angiana de pecho de decúbito del insuficiente izquierdo, en el edema pulmonar agudo, en los accidentes agudos grávidos-cardíacos, en la insuficiencia cardíaca derecha de los esclerosos pulmonares, en la insuficiencia cardíaca, con fracaso de la digital conocida con el nombre de insuficiencia cardíaca irreductible, en la dilatación extrema cardíaca con peligro de efecto disociado de Mercle (aumento de la dialtación cardíaca por la digital), en las arritmias con corazón dilatado y que se tema que la digital aumente los trastornos de excitación (efecto inverso de Danielopolu), en las nefritis hipertensivas, pero con ritmo de galope, en la insuficiencia cardíaca aguda o crónica de predominio mio-cárdico de los no infectados (miocarditis esclerosas de los viejos). En la insuficiencia cardíaca con fibrilación, en la insuficiencia cardíaca grave con trastornos de la excitabilidad, pues restablece tono y contractibilidad, sin exaltar la excitabilidad ahí donde la digital tiene peligro, por poder presentar "el efecto inverso de Danielopolu", en corazón débil dilatado, lento, insuficiente, e ineficaz a la digital, la ouabaina salva al enfermo, es la piedra de toque o dicho de otra manera, en las insuficiencias cardíacas irreductibles, la ouabaina los vuelve a la vida.

He usado con muy buen resultado la ouabaina en edema pulmonar agudo de los que padecen estenosis o enfermedad mitral, un poco menos brillante en el edema pulmonar crónico de los insuficientes aórticos con dilatación ventricular izquierda, es muy útil en las grandes dilataciones cardíacas de los que padecen enfermedad mitral con arritmia completa, presentando el tipo de insuficiencia cardíaca inflamatoria de Bard: gran hepato-megalia y cardiomegalia sin edemas. pues la disnea paroxística nocturna y de decúbito el edema pulmonar crónico con sus brotes agudos nocturnos, desaparecen desde la segunda o tercera inyección; debe usarse también en las grandes dilataciones de los miocardíticos esclerosos con hipotonía miocárdica sin degeneración. Me ha dado buenos resultados en las insuficiencias cardíacas en que la digital había producido el efecto inverso de Danielopolu (aumento de bad-motropismo, en los nefro-cardíacos hipertensos, pero que se encuentren en insuficiencia cardíaca, aunque en ese momeno presenten tensión arterial máxima dentro de los límites normales (falsos normotensos), desde la segunda o tercera inyección, a veces desde la primera, se ven desaparcer los accesos de seudo-asma nocturna y la disneas de decúbito, lo que les obliga a pasar la noche sentados al pie de su cama con la cabeza recargada al borde del colchón, con esa tos seca quintosa y con la sensación constante de que se les atora la flema sin poder arrojarla (aspecto clínico del edema pulmonar discreto). Se obtienen buenos resultados en la angina de pecho de decúbito, pero siempre que se asocia a ésta insuficiencia cardíaca; en los que presenten tos quintosa nocturna, seudo-asmática, asociada a una cardiopatía con cardiomegalia y ritmo de galope, aunque no existan signos periféricos de insuficiencia cardíaca, no he visto fracasar una sola vez a la ouabaina.

En las insuficiencias cardíacas evolutivas con edomiocarditis, pero de origen reumáti-

co y no en su fase aguda, he obtenido la desaparición de los signos de insuficiencia cardíaca, usando la ouabaina por vía endovenosa ,ya sola o a la vez mezclando tratamiento específico a base de salicilato; no sucede lo mismo en las insuficiencias cardíacas por endomiocarditis infecciosa maligna, sea osleriana, reumática, estreptócoccica o no, pues con frecuencia se fracasa por presentarse dromotropismo y badmo-tropismo positivo desde la primera inyección, manifestándose por extra-sistoles y crisis de taquicardia paroxística y además, se llegan a dosis tóxicas con la primera o segunda inyección.

En las enfermedades mitrales en arritmia completa por fibrilación auricular, en insuficiencia cardíaca, en bradi-arritmia, con gran cardiomegalia y hepato-megalia, y con fracaso de la digital, casi siempre he visto a la ouabaina dar resultados favorables, desapareciendo los signos periféricos y funcionales de la insuficiencia cardíaca (siempre y cuando no sea el resultado de una endomiocarditis maligna aguda).

En todo enfermo que presente ritmo de galope, disnea de decúbito, edema pulmonar, cualquiera que sea su cuadro de insuficencia cardíaca y lesión valvular, se obtendrá gran alivio con la ouabaina, exceptuando las endiomiocraditis infecciosas malignas sobre agudas, reumáticas o no, y las oslerianas.

Rara vez he obtenido, cuando he usado la ouabaina por vía endovenosa, signos de intolerancia digestiva con el cuadro emeto-catártrico que es el más frecuente, pues la náusea, el vómito y la diarrea se inician del miligramo y medio en adelante. El uso de la ouabaina por vía intramuscular es poco útil, dudosa su acción aun a la dosis de un miligramo en 24 horas y excesivamente dolorosa.

Algunos médicos me han hecho preguntas referente al uso de la ouabaina, que al meditarlas me son de utilidad para precisar sus indicaciones.

¿Se acumula o no la ouabaina?

Me es difícil contestar a esta pregunta, porque si acumular quiere decir juntar, amontonar, se puede admitir que no se acumula, pues las cantidades que se emplean son tan insignificantes en cantidad y e susección, que se puede admitir que los efectos tóxicos son por la intensidad de su acción y por el estado anatomo-funcional del miocardio. Lo que sí es un hecho es que no se ha demostrado su eliminación por los emonctuorios naturales; les he propuesto a varios compañeros que se hagan dosificaciones sucesivas de la ouabaina, para poder ver si se acumula o no.

¿Cuántos días se debe suministrar? Recomiendo un cuarto de miligramo durante 5 ó 6 días, porque casi siempre las trastornos que se necesitaban corregir se ha logrado el alza de la Mx., el asma cardíaco desaparece, la dieuresis se restablece y la angustia se esfuma; y como no tiene objeto hacer trabajar más e inútilmente a ese miocardio, se debe suspender aunque no se presenten signos de intoxicación; variará también según el trastorno que nos obligue a usarla, el asma cardíaco sin edemas en dos o tres días se logra corregir, el edema pulmonar a veces el mismo día con dos inyecciones, precedidas de sedol y sangría, han sido suficientes.

No debe olvidarse que para que la ouabaina dé signos de intoxicación, depende mucho del estado hepático.

Por lo tanto, se puede presumir que la ouabaina no se acumula, no se puede demostrar actualmente.

No hay ni puede haber regla fija en días para su uso, dependerá del padecimiento que nos obligue a usarla, rara vez se usarán durante 5 ó 6 días.

Algunos otros médicos no encuentran una guía segura para su aplicación; es que olvidan sus acciones fisiológicas, nadie discute actualmente que tiene acción intensa, rápida, fugaz; por eso su primera indicación será "cuando la cosa apremie."

Tiene acción inotropa intensa con aumento de tono, por eso es muy útil en todo caso "en que la máxima se aplaste."

Tiene acción badmo-tropa y dromo-tropa dudosas, por eso insuficiencias cardíacas sin arritmia pensar en la ouabaina; con arritmia pensar en digitalina, también podría yo decir en insuficiencia cardíaca con bradicardia

esté rítmico o arrítmico, debe preferirse la ouabaina a la digitalina.

Hay otro punto muy importante que tocar: "El lote de los infectados y el de los no infectados."

No da resultado en los infectados oslerianos o en las endomiocarditis sobreagudas, agudas, sean reumáticas o no. Sin embargo, la he usado en los edemas pulmonares agudos de las estenosis mitrales y en las de enfermedad mitral (indiscutiblemente consideradas actualmente de origen reumático y evolutivas), previa sangría y sin ella, y casi siempre con buen resultado. En las grandes dilataciones de los infectados reumáticos crónicos y en los que había fracaso antes la digitalina y la digalena, he obtenido con la ouabaina mejorías.

Las experiencias de Libesky, quien demuestra que corazones irrigados con substancias tóxicas soportan menos digital que cuando son irrigados con el líquido de Ringer aboga a no usar los nóticardiacos fuertes en la fase toxi-infecciosa aguda de reumatismo cardíaco.

Hay algunos médicos que no consideran a la ouabaina hipertensora, yo sí creo que la ouabaina es hipertensora, puesto que hipertenso quiere decir hiper, más allá y tenso, tensión y todos estamos de acuerdo en que la ouabaina hace subir la tensión o fuerza del miocardio más allá de la que tenía, pues su principal acción, función inotropa es intensa y positiva, por eso voy de acuerdo con el Dr. Chávez que la ouabaina vuelve al enfermo hipertenso, "lo que es deseable". La ouabaina no aporta al corazón ninguna energía nueva; la toma de él, no quiero decir con esto que la ouabaina le da nueva energía, lo que pasa es que pone al miocardio en condiciones de poner en actividad su potencia de reserva que no utilizaba. Volver hipertenso al hipotenso por la ouabaina es cosa deseable, es lo que se busca con la ouabaina, levantar la Mx. y por eso el aplastamiento de la Mx. es una de sus principales indicaciones, y podría decirse también "En la edad madura y vejez" usar más bien la ouabaina.

En la ngina de pecho típica tendrá el médico que ser un poco más prudente, y aun en ella si después de los dilatadores, sedantes, anti-espasmódicos como esparteína y cafeína no cede, y hay aplastamiento de tensión Mx. está indicada la ouabaina, excepto el infarto. No quiero hacer hincapié en el sinnúmero de teorías que se han dado para la explicación de la angina de pecho hasta 80 como dice Huchard, sin embargo anunciaré la coronariana de Charcot-Potain, la miocárdica de Maquensie, la neuro-vascular de Martinnet, la de la fatiga miocárdica de Danielopulo etc., en todas ellas hay un déficit de potencia del miocardio, además de las experiencias de Lucien Beco, demuestra que la ouabaina es vaso-dilatadora de las coronarias, por eso creo que sí es útil y debe usarse en la angina de pecho en las condiciones antes indicadas. Repito, excepto la angina por infarto.

Otros médicos piensan que la ouabaina alza poco la Mx. y abate la Mn.; yo he observado lo contrario, alza francamente la Mx. y la Mn. varía poco, pues con recordar su acción inotropa intensa como en las experiencias de Lucien Beco en las que concluye que es vaso-constrictora periférica es suficiente para dudar del abatimiento de la Mn. Si su observación ha sido hecha en personas con estenosis mitral o enfermedad mitral en las que nunca han sido hipertensos y en los que predomina la insuficiencia derecha, sí creo que la Mx. se haya alzado un poco y que la Mn. descienda, pues al aumentar el tono del corazón derecho se evita la represa periférica.

Pero si se hace la observación en un arterioescleroso, en un nefro-cardio-escleroso, que en su época de compensación sus tenciones estaban en 26, 14, y lo encuentran después en insuficiencia cardíaca con tensiones 18, 13, cardiomegalia, soplo sistólico apecsiano funcional, ritmo de galope, seudo-asma nocturno cardíaco, oliguria, anasarca, como vi hace 15 días a un enfermo y lo traté con ouabaina teobromina dieta purgante y reposo a los 6 días las tensiones eran 24, 13, la cardiomegalia persistía, pero el ritmo de galope, el soplo, los edemas, y el hidro-tórax habían desaparecido, es por lo que no admito que no haga subir la Mx., precisamente, lo que hace es subirla, por eso digo que es hipertensora.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO.

Del estrofanto se emplea la tintura a dosis de 20 gotas al día, el polvo de semillas a la dosis de dos a tres gramos, el nitrato se usa excepcionalmente en inyecciones de un miligramo que equivale a dos décimos de miligramo de ouabaina el extracto a dosis de 1 miligramo a 4 miligramos por día, en el comercio hay gránulos de 1 miligramo, la estrofantina se usa en gránulos a dosis de 1 décimo de miligramo, 1 ó 2 al día, hay también inyecciones de estrofantina para uso intravenoso e intramuscular que sólo en casos de suma urgencia o gravedad debiera usarse yo carezco de experiencia personal sobre el particular. La ouabaina se presenta en solución al milésimo bajo el nombre de solubaina para usarse por vía digestiva. Dimitracof indica que por vía oral es poco tóxica, pero de acción lenta e irregular y que hay que dar dosis treinta veces más fuerte que por vía endovenosa, a mí casi siempre me ha dado resultados dudosos y con frecuencia intolerancia digestiva: 1 centímetro cúbico de solubaina equivale a 50 gotas, en el comercio se encuentran ampolletas de un cuarto de miligramo para uso intravenoso y de medio miligramo para vía intramuscular; esta última vía es casi siempre ineficaz y además dolorosa, también se usa por vía rectal medio miligramo de ouabaina en 50 centímetros cúbicos de agua agregándole 20 gotas de láudano, las veces que la he usado por esta vía no he obtenido efectos favorables. Laubry asocia la digitalina a la ouabaina bajo la forma de natibaina y de digibaina (un tercio de digital por dos tercios de solubaina) yo he obtenido efectos favorables con esta asociación para mantener las insuficiencias cardíacas después de haberlos sacado de la insuficiencia cardíaca aguda.

No se ha descrito como para la digital su uso en dosis masivas débiles o muy débiles (dosis de sostén) sino que unos como Vaquez recomiendan la vía endovenosa y a dosis de un cuarto de miligramo renovada tres o cuatro veces en 24 horas. Clerck y Deschamps no pasan de miligramo y medio en 24 horas y sostienen después un cuarto de miligramo durante 8 días y así varían en la técnica varios autores, pero todos aceptando la vía endovenosa como la útil haciendo patente su ineficacia cuando se usa por otras vías y además aseguran intoxicación, es decir, cefalea, náuseas, vómito y diarrea.

En el Servicio de Cardiología del Hospital General se habrán puesto en el lapso de tres años más de dos mil inyecciones de ouabaina el 90% por vía endovenosa, y sólo una vez se presentaron:

Sudores fríos, palidez, disnea intensísima, se exacerbó el angorpectoris causándole la muerte a los 5 minutos después de la inyección; esto sucedió en un enfermo con aortitis sifilítica asociada a insuficiencia aórtica y que tenía un angorpectoris de dos días de duración continua en donde toda terapéutica había fracasado: la autopsia demostró un infarto miocárdico; como véis es un caso en que la ouabaina está contraindicado.

En un 5% de los que se les inyecta se quejan inmediatamente después de la inyección y de una manera fugaz de sensación de contracción cardíaca enérgica, a veces lipotimias y náuseas con excepción de vómitos.

Rara vez he obtenido cuando he usado la ouabaina por vía endovenosa signos de intolerancia digestiva con el cuadro Hemetocatártrico que es el más frecuente, pues la náusea, el vómito y la diarrea se inician del miligramo y medio en adelante; pocas veces he usado más de un cuarto de miligramo en el mismo día y cuando lo he practicado ha sido con resultados útiles principalmente en el edema agudo pulmonar y en el angropectoris del insuficiente cardíaco izquierdo, no he empleado la solubaina para las insuficiencias cardíacas agudas sino únicamente como medio de sostén de las insuficiencias cardíacas crónicas y siempre con resultados dudosos, poco satisfactorios quizá sea debido esto último a que no he llegado a emplear de una manera sistemática el método propuesto por Dimitracof, es decir, suministrar dosis 50 veces mayores que la usada por vía endovenosa. La causa ha sido que cuando he intentado aumentar progresivamente la dosis de solubaina pronto se han presentado síntomas de intolerancia digestiva. No tengo experiencia de los resultados que se obtengan de la ouabaina por vía rectal. El uso de la ouabai-

na por vía intramuscular es poco útil, dudosa su acción aun de un miligramo en 24 horas y excesivamente dolorosas.

Creo que la ouabaina puede y debe usarse como dosis máxima 2 inyecciones de un cuarto de miligramo de 12 horas, pues si se fracasa es que se debía haberse preparado su camino de acción por purgante o sangría en último caso se podrá aumentar otro cuarto de miligramo en las doce horas siguientes y sostener su acción con un cuarto de miligramo diariamente.

Si se asocia durante estos últimos cuatro días a la teobromina, reposo y dieta, su acción útil será segura, como dosis medias se podrá usar un cuarto de miligramo diariamente durante seis a ocho días.

CONTRAINDICACIONES

No deberá usarse en los trastornos del ritmo cardíaco sin insuficiencia cardíaca. En la insuficiencia cardíaca complicada de trombosis predispone al infarto pulmonar, hemiplegia o gangrena de los miembros, la caquexia cardíaca, la sínfisis pericárdica, el infarto miocárdico son contraindicaciones formales.

Clerck y Deschamps no encuentran contraindicación formal siempre que sea usado con prudencia y cuando esté indicada.

No se debe tener miedo a la ouabaina por vía endovenosa, casi siempre produce efectos útiles, sorprendentes, rápidos, beneficiosos para el enfermo, sin ningún trastorno de intoxicación cuando está indicada y a dosis útiles. Es el faro de salvación del cardíaco insuficiente y el arma de combate del médico más segura, más fiel, más eficaz.

Y si Joslin compara a los diabéticos antes de la insulina al desfile de inválidos que marchaban al fin de la guerra por los Campos Elíseos encabezados por un hombre en silla de ruedas, seguido de enclenques, mutilados, cojos, mancos, tuertos, ejemplos de valor indómito sobre-vivientes; desde el advenimiento de la insulina, la procesión cambió de aspecto y se parece al desfile de los soldados al comenzar la guerra para honrar la memoria de Lafayette diciendo: "hénos aquí." Hoy un grupo de diabéticos llenos de esperanza dirigen las miradas hacia Toronto, no con la frase de Lafayette "hénos aquí", sino diciendo Bantin Best, escuela de Toronto: "Voici vos diabétiques".

Lo mismo puedo yo comparar a los cardíacos insuficientes irreductibles a la digital, antes de la ouabaina de Arnaud, caminaban anhelantes, angustiosos, muchos sintiendo soplarles el viento de la muerte constantemente; desde Arnauld caminan erguidos, optimistas, sin agustia, y caminan en procesión a visitar su tumba para decirle: "He aquí a vuestros cardíacos".

En resumen, las indicaciones de la ouabaina son las siguientes:

1o.—Cuando la cosa apremie (de urgencia).

2o.—En todo hipertenso con máxima aplastada.

3o.—En insuficiencias cardíacas sin arritmia.

4o.—En las insuficiencias cardíacas de los no infectados.

5o.—En las insuficiencias cardíacas de los viejos de origen vascular (principalmente ateromatosa).

6o.—En insuficiencia cardíaca con bradicardia.

7o.—En las insuficiencias cardíacas de predominio izquierdo.

8o.—En las insuficiencias cardíacas de los reumáticos, pero no en su fase aguda.

9o.—En las anginas de decúbito.

10o.—En el Edema Pulmonar Agudo precedido de sangría, es el tratamiento heroico.

11o.—En la disnea paroxística del asma cardíaco.

12o.—Como último recurso en las anginas de pecho.

13o.—Cuando en la insuficiencia cardíaca no se encuentre gran hepatomegalia será muy útil, poco tóxica y se tolerará mejor.

14o. — Exigir forzosamente insuficiencia cardíaca para su uso.

BIBLIOGRAFIA

Enfermedad del Corazón, por H. Vaquez.

Tratado de Patología Médica.

Corazón y Vasos, por Clerck y Deschamps.

Colección Práctica Médico-Quirúrgica, por Convelaine y Lemierre, etc.

Trastornos funcionales del corazón, por Lutembacher.

Medicamentos cardíacos, por H. Vaquez.

Medicamentos cardíacos, por L. Cheinisse.

Terapéutica farmocológica, por Français Arnaud.

Archivos Internacionales de Medicina experimental, volumen II, fascículo 2, agosto de 1926. "Investigaciones experimentales sobre la acción fisiológica cardio-vascular de la ouabaina en el perro, por Lucien Beco.

Cada 100 C. C. Morrhuol, la cantidad extraída de 50 CC. de aceite de bacalao, diluído en

Alcohol	20.	gramos.
Caramelo	25.	„
Jarabe	10.	„
Extracto de malta	10.	„
Hipofosfito de cal	0.375	„
Hipofosfito de sosa	0.375	„
Hipofosfito de manganeso	0.125	„
Tintura de nuez vómica	1.250	„
Esencia de anís	0.025	„
Esencia de canela de Ceylán	0.013	„

Cada 100 C. C. Morrhuol, la cantidad extraída de 50 CC. de aceite de bacalao, diluído en

Alcohol	19.	gramos.
Caramelo	25.	„
Jarabe	25.	„
Extracto de malta	10.	„
Hipofosfito de cal	0.375	„
Hipofosfito de sosa	0.375	„
Hipofosfito de manganeso	0.125	„
Tintura de nuez vómica	1.250	„
Esencia de anís	0.025	„
Esencia de canela de Ceylán	0.013	„
Creosota de Haya trirrectificada	1.00	„
Agua C. B. para hacer 100 C. C.		

PRODUCTOS OPOTERAPICOS
"CHAIX"

Extractos—INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfaticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Placentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal
" Tiróide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos LAUZIER, S. A.
REPRESENTANTES - APARTADO 399 - MEXICO, D. F.

BISMUTICO LIPOSOLUBLE

Absorción rapidísima,
eliminación lenta y perfecta,
completamente indoloro,

NEOBISMOSALVAN
"RICHTER"

Yodobismutato de quinina con lecitina (la fórmula recomendada por los autores alemanes).

EN TODOS LOS ESTADOS DE LAS SIFILIS

Representante:
DR. E. SOMLO
Apdo. 2679. México, D.F.

Sobre Algunas de las Manifestaciones Viscerales de la Enfermedad de Hodgkin

Por el Dr. M. MARTINEZ BAEZ

(Concluye)

La biopsia es de suma importancia para el diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin. No sería posible asegurar que hace el diagnsótico en el 100 por ciento de los casos, puesto que algunas formas de linfogranulomatosis dan una imagen histológica atípica y confusa, y en ese caso es menester mucha experiencia para interpretar correctamente las preparaciones; pero en la mayor parte de los casos, el estudio histológico proporciona datos concluyentes, bien sea revelando la estructura clara de la linfogranulomatosis, con células de Sternberg típicas, o presentando una imagen atípica, pero en la cual el poliformismo celular, la peculiar disposición del tejido fibroso y algunos otros detalles, llevan al ánimo del histólogo la convicción que le permite eliminar otros procesos histopatológicos ganglionares y decidirse firmemente por el de la enfermedad de Paltauf-Sternberg.

Ningún inconveniente tiene la biopsia en el hodgkiniano, fuera de la pequeña molestia que impone el acto de la extirpación del ganglio, la que está bien recompensada con la seguridad de que el examen histológico lleva al diagnóstico y con el consiguiente beneficio que el paciente puede obtener de un tratamiento adecuado y oportuno. Con el fin de poder enviar al histólogo un tejido que suministre imágenes claras y precisas, será necesario extirpar un ganglio de volumen mediano, como sugiere Foulon (17), cuya consistencia sea intermedia entre la de los más duros y la de los más blandos, y en el cual las lesiones estarán bien constituídas ya. En cuanto al grupo ganglionar en el cual ha de hacerse la biopsia, es preferible el axilar, porque es muy accesible y porque la pequeña cicatriz restante no será aparente. Los ganglios inguinales son también muy accesibles y la intervención en esta región está al alcance del médico. Casi es por demás repetir aquí lo que deba tenerse presente al hacer una biopsia cualquiera, a saber, que el tejido extirpado deberá ser traumatizado lo menos que sea posible, que deberá ser colocado desde luego en un frasco con su marbete y que contenga abundante solución fijadora—de preferencia formalina del comercio diluída al décimo en agua ordinaria—y que se enviará al histólogo con el mayor número posible de datos, tanto de orden clínico, como los referentes a ubicación del ganglio extirpado, a su aspecto macroscópico, etc.

Aunque hemos tenido oportunidad de observar cierto número de casos de enfermedad de Hodgkin, la mayor parte de estos casos se han presentado revistiendo la forma típica, con adenopatía predominante y en los cuales el diagnóstico no ofrecía la menor dificultad. Relataremos solamente tres casos, en los que la naturaleza linfogranulomatosa del padecimiento pasó inadvertida durante casi toda la evolución del mismo, y en los que el diagnóstico se hizo tardíamente, debido a la predominancia de las manifestaciones viscerales, a que la adenopatía no era muy aparente, o a que no fué relacionada con su verdadero origen.

P. A., de 20 años de edad, originaria de Querétaro, soltera, sirviente. Sin antecedentes hereditarios dignos de mención. Desde los 8 años de edad padeció frecuentemente, al parecer de faringitis, con adenopatía retromaxilar dolorosa y con fiebre. Hace tres años comenzó con el padecimiento actual. Un día, al mirarse en el espejo, notó que tenía un abultamiento en el cuello, en la región carotidea del lado izquierdo. Al tocarse, sintió la presencia de varias masas redondeadas, duras, móviles, no dolorosas, las que crecieron rápidamente y se fueron multiplicando hasta que alcanzaron el hueco supraclavicular. Esta neoformación era indolora y no le producía más molestia que un ligero estorbo al ejecutar ciertos movimientos del

cuello. Como al cabo de unos meses esta neoformación llegó a ser muy aparente y estorbosa, la enferma acudió al Hospital Juárez, en donde se le hizo la extirpación de una masa constituída al parecer por la reunión de varios ganglios, algunos de ellos voluminosos, hasta de 5 cms. de eje mayor; de consistencia firme y homogénea, de color blanco-rosado, sin porciones reblandecidas ni focos caseosos. Unos cuantos meses más tarde, comenzaron a aparecer otras masas semejantes a las anteriores, a los lados de la cicatriz operatoria, las que desde entonces han ido creciendo hasta presentar el estado en que se las encuentra ahora. Hace poco tiempo apareció una adenopatía semejante en la axila del mismo lado. La enferma insiste en que no ha venido al hospital en busca de tratamiento para la tumefacción axilar y cervical que presenta, y que a su juicio no tiene importancia. Los trastornos que la molestan consisten en diarrea, edema generalizado, fiebre, pérdida de peso considerable y astenia muy intensa. Lleva dos años recorriendo consultorios y salas de hospital, y en todas partes le han instituído tratamientos destinados a combatir su diarrea y algunos otros de los trastornos más saliente, sin que nunca haya coneguido un alivio sensible.

Es una mujer joven, blanca, muy enflaquecida, pálida, con pigmentación gris-moreno de la mayor parte de la piel de la cara y profundamente asténica. Los principales datos que da la exploración física son los siguientes: estomatitis por algodoncillo; casi todo el lado izquierdo del cuello ocupado por una masa con todos los caracteres de las adenopatías hodgkinianas. La piel de esta región muestra la cicatriz de la operación sufrida dos años antes. Adenapotía voluminosa, dura, libre, indolora, en la axila izquierda. Tórax muy enflaquecido, con piel seca, escamosa, muy pálida. Ningún dato anormal referente a corazón ni a pulmones. Ligero edema de la pared abdominal. En los miembros inferiores, abundante edema blando, pálido, indoloro, sin cambio en la temperatura de la piel y situado de preferencia en las partes en declive. En los miembros superiores, las uñas tienen la forma "en vidrio de reloj" y están rugosas, como plegadas y muy gruesas. La tensión arterial, 75 de máxima y 35 de mínima, al Pachon. La curva de su temperatura es muy irregular y denota más bien un estado subfebril. (La enferma dijo que antes de su ingreso al hospital había tenido elevación de temperatura considerable durante muchos días.)

Esta enferma, cuando ingresó al hospital, fué enviada al servicio de enterología. Fué objeto de un examen que reveló la existencia de diarrea que fué considerada como una diarra de eliminación. Se investigó, con todo esmero, la posibilidad de una enteritis tuberculosa, con resultados constantemente negativos. El tipo de la diarrea, la coexistencia de edemas que llegaban hasta el anasarca y algunos otros datos clínicos hicieron pensar en que todos estos trastornos fuesen motivados por un padecimiento renal, lo que hizo que la enferma fuese trasladada al servicio de urología. Los exámenes muy cuidadosos que se le hicieron en este servicio, demostraron que ni por parte de su orina ni por parte de su sangre, había algún elemento que confirmara la idea de una insuficiencia renal. Un examen hematológico, desgraciadamente incompleto, pues estuvo limitado a una cuenta diferencial de leucocitos, reveló polinucleosis ligera. Cabe insistir en el hecho de que habiéndose sospechado fuertemente un origen tuberculoso de todo el cuadro, atendiendo a los síntomas generales sobre todo, se hicieron repetidas veces los exámenes necesarios en busca del bacilo de Koch, todos con resultado negativo. Durante su estancia en el hospital, la enferma tuvo algún alivio de algunos de los síntomas que presentaba, como del edema, de algún dolor abdominal, de la fiebre, etc., pero el conjunto de síntomas caquécticos y la diarrea fueron cada vez más pronunciados hasta que casi en estado agónico fué sacada del hospital por algunas personas de su familia.

En este caso estaban presente los elementos necesarios para haber hecho un diagnósótico exacto en tiempo oportuno. Sin embargo, el cirujano se sintió atraído por aquela masa cervical voluminosa, antiestética y

molesta; acaso la misma dificultad de la intervención contribuyó a tentarlo, y puso en práctica un tratamiento exclusivamente quirúrgico, que fué ineficaz por competlo. Posteriormente, los médicos a quienes la enferma acudió en demanda de alivio no miraron más allá del trastorno intestinal; cerraron los ojos, por decirlo así, a la existencia de la adenopatía y de los síntomas generales que formaban un cuadro típico y completo y se dedicaron a luchar contra la diarrea, sin éxito alguno. Todavía más tarde, cuando la enferma entró en el hospital, que la vió primero se dió cuenta de que aquella diarreano era algo banal y pensó, con justo motivo hasta cierto punto, en una diarrea vicariante por nefropatía. Sin embargo, cuando ya eliminada la posibilidad de una insuficiencia renal, algunos otros médicos examinaron el caso y discutieron el diagnóstico de linfogranulomatosis, todos estuvieron de acuerdo en que ésta era el diagnóstico que se imponía.

J. T. O., estudiante, originario de México, de 30 años, comenzó a estar enfermo el 1o. de enero próximo anterior. El principio de su afección, en su sentir, fué marcado por una hemoptisis de volumen mediano (como 100 c. c.) Posteriormente, tos con expectoración sanguinolenta, tenaz, frecuente, de horario nocturno y matinal, exacerbada por el decúbito y acompañada de disnea. Desde el primer día de la enfermedad, fiebre, con elevación de la temperatura hasta 39.5 por las tardes, con remisiones matinales poco acentuadas. Sudores abundantes, anorexia, astenia, pérdida de peso rápida, palidez muy intensa. Al examinar al paciente se encuentra una adenopatía cervical, del lado izquierdo, voluminosa y con los caracteres de las adenopatías de la linfogranulomatosis. Interrogado acerca de esta lesión, dijo el paciente que un mes antes de tener la primera hemoptisis, y por lo tanto, cuando se sentía completamente bien, se dió cuenta, casualmente, de la presencia de aquel abultamiento en el cuello, le que ha crecido rápidamente, al grado que cuatro meses más tarde, cuando nosotros lo vimos, llenaba casi el hueco supraclavicular y avanzaba buen trecho por la región carotidea. En la axila del mismo lado hay también una adenopatía voluminosa y con carcteres idénticos a los de la axilar. En este caso los síntomas generales, el prurito y la adenopatía, coinciden con los que integran el cuadro de la enfer- . Hodgkin. El examen de la sangre, practicado por uno de nuestros más competentes laboratoristas, dió los resultados siguientes:

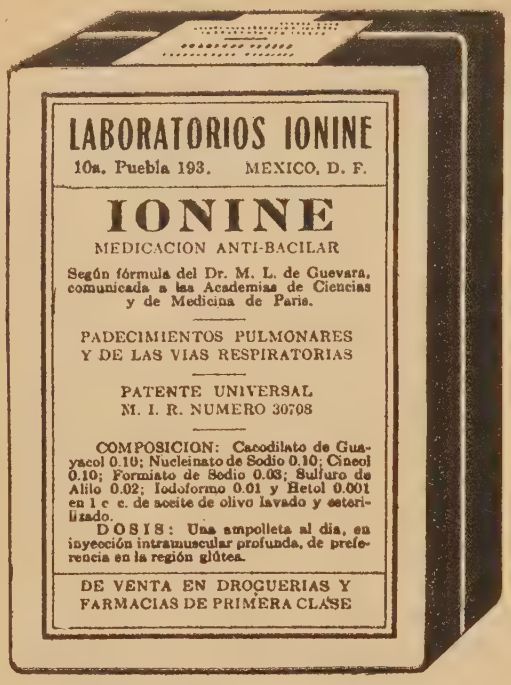
Eritrocitos por mm. cúb.	3.800,000
Presencia de algunos microcitos y de algunos megalocitos.	
Leucocitos por mm. cúb.	7,860
Polinucleares neutrófilos	75%
Monocitos	1%
Metamielocitos neutrófilos	6%
Monocitos endotelioides	2%

Imagen de Arneth intensamente desviada a la izquierda.

Otro examen hematológico, hecho posteriormente por la misma persona, reveló aumento aun mayor en la cifra de leucocitos, con neutrofilia aun más acusada, y con la misma intensa desviación de la imagen de Arneth a la izquierda.

El examen del esputo reveló la presencia de muy escasos bacilos de Koch (7 en 1,000 campos).

El examen radioscópico no indicó algo de particular, pero en cambio, una radiografía puso de manifiesto la presencia de una sombra densa, de contorno irregular, pero bien limitado, en la parte más baja de la región hiliar derecha, con aspecto ganglionar. El médico de cabecera aplicó la colapsoterapia realizada por medio de neumotórax pequeños y frecuentes y administró calcio y algunos otros medicamentos. El estado del paciente fué sensiblemente igual durante algunos meses, con excepción de que desapareció la sangre de sus expectoraciones. Algún tiempo después se presentó diarrea tenaz, que estudiada por un especialista competente, resultó ser una diarrea de trasudación. La posibiildad de una diarrea por parasitosis o por localización entérica de la tuberculosis, fué debidamente tomada en cuenta, pero fué desechada en vista de los datos de los exámenes coprológicos. El enfermo llegó a sentirse mejor de la diarrea; los síntomas generales fueron también me-



TUBERCULOSIS

Tratamiento a base de la medicación antibacilar

IONINE

(Regs. 7089 y 7092 DSP)

usada con éxito en la República Mexicana y los Estados Unidos.

Las ampolletas y jarabe **IONINE** están de venta en las principales Droguerías y Farmacias de la Capital y Estados.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

10a. DE PUEBLA 193

Tels. { Eric. 4-58-44 / Mex. L-18-10 — Apartado 1999 MEXICO, D. F.

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO

de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

París - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7 — MEXICO, D. F

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. — México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

VACUNAS CLIN

ANTIGONOCOCICA *I Monomicrobiana*

ANTIGONOCOCICA *II Polimicrobiana*

Registro No. 1972 y 1973 D. S. P. México.

ANTIESTAFILOCOCICA

Registro No. 1970 D. S. P. México.

ANTIESTREPTOCOCICA

Registro No. 1971 D, S. P. México.

COLI - ENTERO - VACUNA

I BUCAL
Cajas de 6 Ampollas de 5 cc. de gran concentración uniforme.

II INYECTABLE
Cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

Registro No. 3577 y 3655 D. S. P. México.

NEUMO - BRONCO VACUNA

Registro No. 3.744. D. S. P. México

1. - ADULTOS **2. - INFANTIL**

VACUNA PRE - OPERATORIA

Concentración elevada en microbios.
Tolerancia perfecta -
- Conservación ilimitada
Inyecciones subcutáneas o intramusculares.

LAS VACUNAS CLIN inyectables expéndense en cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

SUEROS CLIN

DESALBUMINADOS Y PURIFICADOS

ANTICOLIBACILAR. ***ANTIESTREPTOCOCICO.***

Preparado según el método del profesor H, VINCENT (París)
Cajas de 1 ampolleta de 10 c. c. ó 5 c. c.
Reg. No. 1857 D. S. P. México.

ANTIGANGRENOSO MULTIVALENTE

Preparado según el método de H. VINCENT y G. STODEL
Cajas de 1 ampolla de 10 c. c.
Reg. No. 1859 D. S. P. México.

LABORATORIOS CLIN · COMAR & CIA.

20 Rue des: Fossés Saint-Jacques, París.

Agencia General:

Balderas 132. Apartado 1977. MEXICO, D. F.

nos marcados; sin embargo, hace unos cuantos días se ha instalado un cuadro meningítico, que ignoro si habrá acabado ya con la vida del enfermo.

En este caso, el cuadro clínico general correspondía bien con el de la linfogranulomatosis. Sin embargo, el médico encargado de su tratamiento se dejó llevar por la existencia evidente de un proceso tuberculoso concomitante, y hasta que se presentó el episodio diarrico y que la adenopatía fué muy impresionante, se convenció de que al lado de la tuberculosis y dominándola por decirlo así, evolucionaba también un proceso de linfogranulomatosis. Sin embargo, la aparición de una adenopatía cervical absolutamente típica, anteceidendo a los síntomas pulmonares y a los generales, pudo haber orientado el daignsótico desde luego.

S. C., originario de Querétaro, pintor, asilado en el Pabellón número 8 del Hospital General. Los síntomas principales de este caso consisten en diarrea crónica incoercible, desnutrición marcada, fiebre continua e irregular y macropoliadenopatía con caracteres de la debida a linfogranulomatosis. No hubo oportunidad para hacer un examen hematológico, pues el enfermo, que al llegar al hospital estaba muy grave, falleció muy poco después. Los datos más salientes del examen necróspsico fueron: presencia de masas ganglionares voluminosas, polilobuladas, retroperitoneales, a ambos lados de la columna vertebral, con caracteres de ganglios de Hodgkin. Esplenomegalia moderada. Hígado muy voluminoso, de color pajizo, de consistencia dura, granuloso. Nada aparente en el intestino. Adherencias pleurales del lado derecho. Congestión difusa de ambos pulmones y presencia de algunos tubérculos en el derecho. El examen histológico de los ganglios retroperitoneales reveló la existencia de lesiones mixtas de linfogranulomatosis, con fibrosis muy avanzada, y de tuberculosis con folículos más o menos típicos.

En este caso, el médico que lo estudió hizo inmediatamente el diagnóstico. Se trata de un médico muy modesto, pero todavía más estudioso que modesto, y que había fijado bien su atención en los casos de Hodgkin que se le presentaron antes. Por esto fué que desde el primer momento y sin la menor vacilación, pudo referir todo el cuadro, inclusive su síntoma predominante, la diarrea, a su verdadero origen, por más que en este caso haya sido menos típico, por decirlo así, que los anteriores y que muchos otros de enfermedades de Hodgkin, esencialmente adenopáticos.

Estos tres casos son un buen ejemplo de cómo el paciente que sufre de enfermedad de Hodgkin suele presentarse al médico pidiendo tratamiento para trastornos que a primera vista parecen desconectados por completo de una adenopatía coexistente. La adenopatía en estos tres casos, fué considerada como carente de importancia por el enfermo, por más que en todos ellos era más o menos voluminosa; el paciente se quejaba tan sólo de los síntomas funcionales, locales o generales. Los tres casos ponen de manifiesto la importancia que tiene no pasar por alto la existencia de la adenopatía y su estudio detenido. Nos hacen recordar que si bien los ganglios no son, en muchos casos, sino testigos y no actores principales en el proceso morboso, son siempre, cuando menos, testigos de mucha importancia, que merecen ser interrogados minuciosamente, ya que casi siempre tienen cosas muy importantes que contar.

Ya que se ha hecho refeerncia al diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin, presentando en resumen los datos que permitn hacer ese diagnóstico, de acuerdo con los más recientes estudios sobre la materia, bueno será decir dos palabras acerca de algunos otros aspectos de la linfogranulomatosis. Su etiología sigue siendo desconocida. La opinión más extendida a ese respecto es que se trata de un padecimiento de origen infeccioso, pero nada se puede decir en firme acerca del agente causal de la infección. Ha sido atribuída al treponema de la sífilis, a divtrsos gérmenes banales, a protozoarios variados, a hongos, a gérmenes específicos, como el "Corynebacterium Hodgkinii," a virus filtrables, al bacilo de Koch, etc. La creencia en el origen tuberculoso de la enfermedad de Hodgkin está muy extendida, todavía actualmente. Laubry y Marchal

(31), se han declarado partidarios convencidos de esta etiología, y recientemente han publicado en "La Presse Médicale" un artículo en el que exponen todos los argumentos que apoyan su opinión. Es curioso ver cómo cada uno de esos argumentos, presentados par apoyar el origen tuberculoso de la enfermedad de Hodgkin, pueden ser interpretados en contra de ese origen. A mi parecer, y tomando en cuenta la opinión que parece dominante, al revisar la literatura contemporánea sobre el asunto, la cuestión de la etiología del Hodgkin está expresada acertadamente en las conclusiones de la comunicación que sobre ese asunto presentó Titu Vasiliu (47), ante la Tercera Reunión Plenaria de la Sociedad Anatómica de París, en octubre de 1931. "La tuberculosis está muy a menudo íntimamente ligada con la linfogranulomatosis. No ha sido demostrado el papel etiológico de alguna de las bacterias que se han podido cultivar partiendo de la sangre o de los tejidos de los enfermos de linfogranulomatosis. La etiología de la linfogranulomatosis no puede considerarse como bien establecida hasta ahora, por más que no se tiene el derecho de considerar eliminadas las relaciones, cualesquiera que ellas sean, entre el virus tuberculoso y la linfogranulomatosis."

Respecto al pronóstico, Chevalier y Bernard dicen que "llegar a la conclusión de la existencia de la enfermedad de Hodgkin, es anunciar la muerte." Sin embargo, algunos casos hay en los que parece que se puede hablar de curación. En otros casos un tratamiento bien instituído puede lograr remisiones más o menos duraderas. Son datos que agravan el pronóstico, la existencia de adenopatías profundas y de localizaciones extraganglionares de la linfogranulomatosis; los signos de impregnación granulomatosa; la marcha lentamente proresiva de la enfermedad, en vez de una marcha con saltos bruscos; la leucocitosis fuerte; la gran desviación a la izquierda de la imagen de Arneth; la eosinofilia acentuada y la asociación de este síntoma con la neutrofilia. En general, es difícil para el clínico que estudia un caso ordinario de enfermedad de Hodgkin aventurar un pronóstico en cuanto a duración de la enfermedad. Los hay de forma casi aguda, mientras que otros duran dos, tres, cinco y hasta siete años. Lo único que desgraciadamente se puede afirmar siempre, es que, tarde o temprano, la victoria será para la enfermedad, a menos qu una intercurrente venga a acelerar el fin del paciente.

A pesar de un pronóstico tan sombrío, el médico debe y puede hacer algo por sus pacientes con linfogranulomatosis. El tratamiento quirúrgico no puede ser más que paliativo y está indicado en el caso de masas voluminosas accesibles que estorban demasiado o que ejercen compresiones. Parece ser que la extirpación de algunos ganglios linfogranulomatosos no tiene repercusión alguna sobre el estado del padecimiento en su conjunto. El tratamiento medicamentoso ha sido intentado empleando varios recursos, casi todos ellos muy poco útiles. Se ha intentado una vacunoterapia, partiendo de diversos gérmenes, pero los resultados logrados han sido nulos o perjudiciales. En cuanto a la quimioterapia, el yodo a altas dosis ha dado algunas mejorías claras, más o menos duraderas; el oro, en forma de "sanocrisina," ha dado resultados semejantes a los del yodo; el mercuiro y el manganeso no han dado resultado alguno; el bismuto, asociado con el arsénico, ha producido algún alivio; el arsénico ha dado resultados satisfactorios más constantemente que otros cuerpos, pero por desgracia, estos resultados nunca han sido completos. El antimonio parece ser más útil que el arsénico, sobre todo contra las adenopatías y en las formas predominantemente adenopáticas de la enfermedad.

A pesar de todos los intentos que se han hecho, bien poco es lo que se ha logrado hasta ahora con el tratamiento medicamentoso de la enfermedad de Hdgkin. El verdadero tratamiento de ella, el que debe instituirse en todos los casos desde luego, el único que ha dado mejorías indudables y largas remisiones, es la roentgenterapia. Este tratamiento es el que preconizan todos los autores especializados en el conocimiento del Hodgkin, Chevalier y Bernard (8); Périsson (37); Sluys (42); Laborde y Ne-

mours-Auguste (30), etc. Aplicados oportunamente, a alta dosis, cuidando de cubrir todas las localizaciones de la granulomatosis, los rayos X son el único recurso positivamente eficaz de que disponemos para tratar la enfermedad de Hodgkin. Detalles interesantes acerca de este tratamiento se encuentran en los artículos de Laborde, de Nemours-Auguste y de Sluys. La aplicación de la roentgenterapia es un deber para el médico tan luego como ha diagnosticado el Hodgkin, puesto que en el estado actual de nuestros conocimientos es lo único que puede beneficiar positivamente al enfermo. De aquí la importancia de hacer oportunamente un diagnóstico exacto, que impida perder un tiempo precioso en aplicar tratamientos sintomáticos ineficaces.

BIBLIOGRAFIA

1.—AMIR CHAND.—**Atypical Hodgkin's disease.**—The Lancet. — Mayo 21 de 1932. Pág. 1094.

2.—BESANÇON, WEISSMANN-NETTER, OUMANSKY et DELARUE.— **Lymphogranulomatose et tuberculose.**—Annales d'Anatomie Pathologique.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1931. Pág. 956.

3.—BESANÇON, WEISSMANN-NETTER, OUMANSKY et DELARUE. — **Contribution â l'étude experimentale de la lymphogranulomatose.** — Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1931. Pág. 966.

4.—CARBALLO J. R.—**Sarcoma-like plasmocellular form of Hodgkin's disease.** —Folia Haematologica.—42:273, 1931.

5.—CORNIL et ROUSLACROIX.—**Considerations anatomiques et pathogéniques sur la lymphogranulomatose.**— Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Pág. 960.

6.—COYON et BRUN.—**Réproduction expérimentale des lésions de la maladie de Hodgkin.**—Soc. Méd. des Hôpit.— Enero 18 de 1929.

7.—CHENE P. et VANNER J.—**Les formes gastro-intestinales de la lympho /granulomatose maligne.**—Gazette des Hôpitaux.—Año 105. No. 27. Abril 2 de 1932.

8.—CHEVALIER P. et BERNARD J.—**La Maladie de Hodgkin.**—Masson et Cie.— París, 1932.

9.—DRESSER R.—**Lymphogranulomatose des knochen.**—Strahlentherapie.—41: 401, 1931.

10.—DUPONT A.—**Lymphogranulomatose maligne avec localisations cutanées et viscerales.**— Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1932. Pág. 969.

11.—FAURE-BREAULIEU et BRUN. **Nouvelle contribution à l'étude experimentale de la lymphogranulomatose maligne.**—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. número 7 bis.—Oct. 1931. Pág. 941.

12.—FAVRE M. et CROIZAT P.—**Caracteres généraux du granulome malin, tirés de son étude anatomo-clinique.**—Ann. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1931. Pág. 838.

13.—FAVRE M., CROIZAT P. et GUICHARD A.—**Etude anatomique de la granulomatose malgine pleuro-pulmonaire.**—Jorun. de Méd. de Lyon.—No. 287. Dic. 10 de 1931.

14.—FAVRE M., CROIZAT P. et GUICHARD A.—**Les formes atypiques de la granulomatose maligne.**—XXII Congreso Francés de Medicina.—París, octubre 10-12 de 1932.—En Presse Médicale. No. 83. Oct. 15 de 1932. Pág. 1551.

15.—FAVRE, DECHAUME et CROIZAT.— **Histologenèse des lésions nerveuses du granulome malin.**—Ann. d'Anat. Path. —Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 951.

16.—FIESSINGER N. et LAUR C-M.—**Au sujet du diagnostic histologique de la granulomatose maligne.**—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 933.

17.—FOULON P.—**A propos des lésions de début de la lymphogranulomatose.**— Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1931. Pág. 971.

18.—FOULON P.—**Les lesions hépatiques**

de la lymphogranulomatose maligne.—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 9. No. 6. Jun. de 1931. Pág. 649.

19.—FOULON P. et BUSSER F.—**Un cas de lymphogranulomatose intestinale.**—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 9. No. 6. Jun. 1931. Pág. 649.

20.—GILBERT R. et SLUYS F.—**La radiothérapie de la granulomatose maligne.**—Presse Médicale.—No. 83. Oct. 15 de 1932. Pág. 1552.

21.—GOIA I.—**Contribution au pronostic de la lymphogranulomatose maligne.**—Presse Médicale.—No. 83. Oct. 15 de 1932. Pág. 1555.

22.—GOIA I. — **Considérations sur quatre cas de lymphogranulomatose maligne localisée.**—XXII Congreso Francés de Medicina. París, Oct. 10-12 de 1932.—En Presse Médicale.—No. 83. Oct. 15 de 1932. Pág. 1556.

23.—GOIA I.—**Le sang dans la granulimatose maligne.**—Presse Médicale.—No. 83. Oct. 15 de 1932.

24.—GOORMANTIGHTIGH.—**Les complications nerveuses medullaires du lymphogranulomatose et du lymphosarcome.**—Bullet. de l'Acad. Royale de Médec. de Belgique.—Tomo II. Feb. 27 de 1832.

25.—HUGUENIN et FOULON.—**Quelques recherches biologiques dans la lymphogranulomatose.**—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1931. Pág. 980.

26.—HUGUENIN R. et FOURLON P.—**Intèret de quelques réactions biologiques au cours de la lymphogranulomatose.**—Presse Médicale.—No. 83. Oct. 15 de 1932.

27.—JANU et TRAIAN NETTA.—**Apparition d'un sarcome chez le lapin à la suite d'une greffe de lymphogranulomatose de l'homme.** — Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 944.

28.—JOUSSET A. — **Lymphoranulomatose et tuberculose.**—Soc. Méd. des Hôpit.—Mayo 20 de 1932.

29.—KRUMBHAAR E. B.—**Hodgkin's disease of bone marrow and spleen without apparent involvment of lymph nodes.**—Amer. Journ. of Med. Sciences.—No. 764, 1931.

30.—LABORDE SIMONE et NEMOURS-AUGUSTE.—**La radiothérapie de la lymphogranulomatose.**—Presse Médicale.—No. 83. Oct. 15 de 1932.

31.—LAUBRY CH. et MARCHAL G.— **La Maladie de Hodgkin et tuberculose.** — Presse Médicale.—No. 74. Sept. 14 de 1932. Pág. 1397.

32.—LEMIERRE et AUGIER. — **Localisations vertebrales au cours d'une lymphogranulomatose maligne.** — Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 916.

33.—LOEPER et LEMAIRE.— **Considérations anatomo-thérapeutiques à propos de la lymphogranulomatose maligne.** — Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. 1931. Pág. 922.

34.—MARIMON J.—**Alteración de la glándula mamaria en la enfermedad de Hodgkin.**— Bolet. del Hosp. del Sgdo. Corazón de Jesús.—Barcelona, abril 8 de 1931.

35.—MARVAL L.—**Linfogranuloma maligno y adenopatía tuberculosa.**—Rev. de la Asocn. Méd. Argentina. — Tomo XLVI. No. 315. Sept. de 1932.

36.—NUNNO R.—**Il Morbo di Hodgkin.**—Liugi Piero, eidt.—Nápoles, 1920.

37.—PERISSON J.—**Lymphogranulomatose maligne.**—L'Année Médicale Pratique.—París, 1932.

38.—PINKILGTON.—**Agranulocytic angina complicating Hodking's disease.**—The Lancet. No. 5677. — Jun. 18 de 1932. Pág. 1307.

39.—ROUSLACROIX et CAPUS.—**Maladie de Hodgkin terminée par granulie pulmonaire.**—Marseille Médicale.—68:778-780. 1931.

40.—SCHEINER B. F.—**Hodking's disease.**—Health News.—Vol. IX. No. 21.—Albany, N. Y., mayo 23 de 1932.

41.—SERGENT E.—**Les Grands Syndromes Respiratoires.**—Art. Maladie de Hodgkin.—O. Doin, edit.—París, 1925.

42.—SLUYS.— **La roentgenthérapie totale par champs separés et la teleroentgenthérapie dans la lymphogranulomato-**

se.—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 926.

43.—SALOZ et MACH.—**La granulomatose maligne.**—Presse Médicale.—No. 84. Oct. 19 de 1932. Pág. 1569.

44.—RICHON, FLORENTIN et GIRARD.—**Remarques sur deux formes anatomocliniques de la granulomatose maligne.**—Presse Médicale.—No. 84. Oct. 19 de 1932. Pág. 1569.

45.—TAPIE J.—**Quelques faits cliniques en faveur de l'origine infectieuse de la lymphogranulomatose maligne.**— Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 936.

46.—TAPIE J.—**Tuberculose evolutive et granulomatose mediastino-pulmonaire associées.**—Presse Médicale.—No. 83 Oct. 15 de 1932.

47.—VASILIU TITU.—**Conceptions étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose, tirées de l'étude experimental.**—Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931. Pág. 815.

48.—WEISSMANN-NETTER R.— **Ebauche d'un syndrome biologique de la lymphogranulomatose maligne.** — Ann. d'Anat. Path.—Vol. 8. No. 7 bis. Oct. de 1931 Pág. 963.

49.—WEISSMANN-NETTER, OUMANSKY et DELARUE.—**Les résultats de l'experimentation dans la granulomatose maligne.**—Presse Méd.—No. 83. Oct. 15 de 1932.

50.—ZUMARRAGA L. M. y GONZALEZ GIL U.—**Sobre un caso de linfogranulomatosis abdominal.**—Anales de Medicina Interna.—Tomo I. No. 4. Madrid. abril de 1932.

LES TROUBLES VISCEREAUX DANS LA MALADIE DE HODGKIN

Résumé

La présence de troubles viscéraux dans la maladie de Hodgkin est presque constante Très souvent on ne tient pas compte de l'adenopathie, ou même celle-ci n'existe pas apparement. Il est très important de faire le bon diagnostic en dû temps, seule façon de faire beneficier le malade du traitement que jusqu'ici s'est montré d'une efficacité certaine: la radiotherapie dûment appliquée. Un examen clinique méticuleux, suivi de l'étude de la cytologie du sang, permettra presque toujours de faire facilement le diagnostic.

On presente trois cas de lymphogranulomatose, avec des troubles visceraux très intenses, et dont la cause était la localisation viscerale ou ganglionnaire profonde du Hodgkin.

VISCERAL DISORDERS IN HODGKIN'S DISEASE

Summary

Visceral disorders are very frequent in Hodgkin's disease, adenoathy is often disregarded if the functional disorders are very marked. It is very important to make an early and accurate diagnosis, in order to employ the only treatment that is really efficient: roentgentherapy, duly applied. A complete clinical examination, followed by the study of blood cytology is all what is needed to make a correct diagnosis.

Three cases are reported, of patients with lymphogranulomatosis, where marked visceral disorders were present, due to the localisation of the process to the viscerae or to the deep lymphatic glands.

"Archivos Latinoamericanos de Cardiología y Hematología".

Octubre 26 de 1932.

MAX ABBAT,

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

Comprimidos

La fórmula pluriglandular más completa y mejor dosada.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

Ampolletas

En las infecciones graves el Lantol Couturieux hace bajar la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Immunizols Gremy

Ampolletas

Inyectable y Caldo Vacuna.

Sedol Buisson

Ampolletas

Sedante del dolor... y ninguna de sus pobres imitaciones.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sôlo podrâ usarse por prescripciôn y bajo la vigilancie médica. No. 6497 D. S. P.

Hemotonine Buisson

Ampolletas

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos.

Iodone Robín

Gotas. No. 2828 D. S. P.

Amp. { 0.02: No. 4149 D. S. P.
0.04: No. 2897 D. S. P

combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen tripsico.

Usese por prescripción médica.

Immuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

Lucerna No. 47 MEXICO, D. F.

''PULMOSEPTINA''

Intensá Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

Certificados médicos de distinguidos bacteriólogos de la capital

No. de Registro 2429 Patente No. 1871

Depósito: 5 de Mayo 15

Más

Brillantes

Más

Rápidas

con

Agfa

PELICULAS PARA RAYOS X

Operaciones Toracoplásticas

Por el Dr. George Straub

Traducción del Dr. F. Rueda Magro

LAS operaciones toracoplásticas dentro del significado de este tratado, son operaciones tendientes a disminuir el volumen del pulmón, por medio de la movilización o remoción de los constituyentes esqueléticos de la pared del pecho. Del mismo modo que en el caso de Neumotórax artificial y en la interrupción de la continuidad del nervio frénico, deseamos aquí la inmovilización y el reposo del pulmón enfermo. Diferentemente del Neumotórax, las operaciones de Toracoplastía crean un estado permanente e irreparable. Particularmente, al evaluar la capacidad funcional del pulmón que queda, debemos tener continuamente en el pensamiento este hecho, para evitar todo error posible que pueda acarrear consecuencias fatales. Por otra parte, la Toracoplstía es una operación mucho más seria y los riesgos operatorios mucho más grandes que los que se hallan en el Neumotórax o en las operaciones sobre el nervio frénico. Consecuenaemente, las indicaciones y contra-indicaciones de una Toracoplastía, deben ser pesadas en cada caso con el mayor cuidado. Según estos principios, se asienta o cae el procedimiento entero, y lo permanente de sus resultados.

Como regla, ciertas premisas deben ser llenadas, antes de hacer correr a un paciente los riesgos de una intervención mayor. Primero que todo, cierta rigidez del mediastino suficiente para ofrecer la necesaria resistencia al pulmón colapsado que viene a chocar contra él, lo cual es de capital importancia. Muchos resultados operatorios no fueron lo que debieron ser porque no se puso la atención debida a este factor. Por supuesto, que en ocasiones la exacta determinación del estado del mediastino, es difícil de verificar. En el caso de una retracción considerable del pulmón, con amplio desalojamiento del corazón y de la tráquea, el asunto es claro "a priori". Pero en otros casos, estamos más o menos descansando en evidencias indirectas. Entonces serán de gran valor diagnóstico los siguientes hallazgos: una sombra cardio vascular excesivamente elongada y angosta, lo abierto del ángulo pericardio diafragmático, la sospechosa presencia de adherencias basales diafragmáticas, la obliteración del ángulo costo frénico; en otras palabras, estados que están indicando los efectos de una pleuresía severa, particularmente si están en combinación con una ligera desviación del mediastino hacia el lado enfermo. Los servicios de un roengenologista experto, es en estos casos de gran ayuda para el cirujano. Permítaseme decirlo, que a pesar de todos los cuidados, a veces sobrevienen sorpresas en ese sentido. Sgundo: una observación clínica prolongada y completa con referencia a las indicaciones y contra-indicaciones operatorias ya apuntadas, ayudará a tomar una decisión en cada caso. El estado general, la resistencia, el estado de la circulación y el de los varios órganos toráxicos y abdominales, deben ser conocidos tan bien como sea posible, para que el cirujano llegue a una conclusión definitiva en cuanto a riesgo operatorio y pronóstico. Tercero: En general hablando, nuestra provisión de medidas terapéuticas debe agotarse antes de someter a un paciente a una operación, la cual, como regla, disminuye en grado extraordinario sus recursos psíquicos y físicos. Esto incluye también la demostración actual de la posibilidad de la ineficacia terapéutica del neumotórax. Digo "actual", porque no tenemos nin-

gún otro procedimiento diagnóstico a nuestra disposición que nos dé una información precisa, de la extensión y movilidad de las adherencias pleurales existentes. Debemos por lo tanto, intentar establecer un neumotórax satisfactorio y eficiente, bajo cuidadoso control de los rayos X y la aplicación eventual de métodos toracoscópicos (Jacobaeus), antes de nuestra decisión final.

En caso de que el neumotórax sea imposible, en virtud de adherencias demasiado extensas, impropiamente colocadas o intratables debido a su gran densidad, podemos aconsejar inmediatamente la operación mayor, siempre que el estado del paciente se preste para tal procedimiento. Entonces tendremos que considerar dos clases de casos: aquellos en que la inmovilización del pulmón es imposible primitivamente; y aquellos en que la toracoplastía se considera como el último recurso, después de haber agotado todas las demás medidas terapéuticas. Naturalmente que aquí deben estar incluídas las operaciones sobre el nervio frénico. La posición de este último procedimiento con referencia a la toracoplastía, ya ha sido discutida.

Como en el caso del neumotórax terapéutico, la pregunta se presenta luego: çCon qué forma de Tuberculosis pulmonar nos encontramos en un caso dado? çEs el proceso principalmente de naturaleza exudativa con tendencia a la invasión, o es del tipo productivo con inclinación a la formación de tejido conectivo cicatricial? Estrictamente hablando, debemos admitir que una separación precisa de tales estados no es factible y es anticientífica; todo lo más, como material autóptico, prueba que prácticamente todos los casos presentan un estado mixto, con preponderancia usualmente, sin embargo, de uno u otro de los procesos. Es por lo demás aparente que desde una base puramente anatomo-patológica, cualquier intento de hacer tal clasificación, debe tropezar con serias objeciones. La opinión de los más famosos patologistas está de acuerdo con esto (Aschoff, Curshmann, Marchand, Tendeloo, Ziegler). çEs de llamar la atención que los clínicos encuentren grandes dificultades, tratando de llegar a una conclusión cuando la determinación final de los patologistas, en la mayoría de los casos sólo es posible después de examen microscópico? Tendeloo dice: "Una comparación de los resultados obtenidos por medio de los exámenes clínico y morfológico de varios casos, nó aclara el asunto de cómo llegar a una distinción clínica entre lo estrictamente exudativo, lo exudativo caseoso, lo caseoso y las formas con tendencia a la extensión y cavitación".

Aún, el hecho queda de que los varios cuadros anatómicos representan en cada caso una reacción específica del cuerpo contra la infección tuberculosa y, a diferencia de la naturaleza puramente morfológica del juicio del patologista, el clínico puede poner sus manos en los datos que usualmente lo facultan para formarse una opinión definitiva, en cada caso, sobre la tendencia general del proceso. De acuerdo con Ranke, a veces, la invasión tuberculosa primaria causa cambios exudativos. Reacción esclerosa productiva indica gran resistencia. El cuadro del estadío terciario de la tuberculosis pulmonar crónica está dominado por la relativa inmuno-resistencia del organismo. (Petruschky). Las condiciones alérgicas juegan un importantísimo papel. En la valoración de cada caso, debemos tener todo esto en la mente. Así pues, el diagnóstico clínico de la forma anatómica de la enfermedad nos permite aventurar ciertas conclusiones para un pronóstico más definido. Contracción y aplastamiento del lado enfermo del pecho, respiración penosa, posición imbricada de las costillas y estrechamiento de los espacios intercostales debido a la merma del volumen, formación de cicatriz, y esclerosis. Lo mismo puede decirse del desalojamiento del diafragma, del mediastino, y de los órganos que contiene (tráquea, corazón). Debemos aquí de una manera enfática, decir otra vez, que uno, dos o tres exámenes no son suficientes para que lleguemos a una conclusión definitiva. Es la observación clínica, continuada por un período muy largo, por lo menos por pocos meses, y si es posible, en una institución bajo estricta regulación de todos los factores, la que hará que en cada caso resolvamos el problema.

Duronte este tiempo, a todos los más modernos y delicados medios de diagnóstico tendremos que recurrir para completar el exa-

men clínico de rutina así como sus hallazgos, no sólo por una vez, sino por intervalos. Tales exámenes repetidos (hematológico, serológico y radiológico) si son hechos cuidadosamente y comparados en serie, serán de valor incalculable para dilucidar la naturaleza, la tendencia a progresr, y por consecuencia lo más importante para el cirujano: el pronóstico del caso individual. He insistido en todo esto, de un modo extenso, porque la exacta selección de los casos, es tanto, si no el más importante factor para el cirujano de tórax, si no quiere que su especialidad caiga en el descrédito y en el desprestigio, en virtud de la tentación siempre presente hacia la polipragmasia. Brunner y Baer, de la Clínica de Sauerbrucr, en una reciente publicación han demostrado la importancia que tiene la buena selección de los casos, por medio de un diagrama. En este diagrama, sobre el resultado del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar en 117 casos se echa de ver que en los enfermos del primer grupo; con Tuberculosis extensa unilateral de tipo esclerosо productivo, con cavitación bien definida y tendencia a formación de tejido fibroso cicatricial (35 casos), hubo: tres por ciento de muertes tempranas, tres por ciento de muertes tardías, tres por ciento que no mejoraron o que empeoraron, diecisiete por ciento muy aliviados, treinta y cuatro por ciento libres de bacilos y cuarenta por ciento curados. En los enfermos del segundo grupo, con tuberculosis pulmonar unilateral de tipo principalmente productivo y ligeramente exudativo, con temperatura subfebril y alguna actividad en el pulmón contralateral (43 casos) hubo: cinco por ciento de muertes tempranas, nueve por ciento de muertes tardías, doce por ciento que no mejoraron o empeoraron, treinta y dos por ciento muy aliviados, veintiocho por ciento libres de bacilos y catorce por ciento curados. En el grupo tercero; enfermos con Tuberculosis progresiva, febril, principalmente del tipo exudativo y con mal estado general (39 casos), hubo: veinticinco por ciento de muertes tempranas, veintinueve por ciento de muertes tardías, dieciocho por ciento que empeoraron o mejoraron, quince por ciento muy aliviados y 13 por ciento libres de Bacilos. Nótese que no se registró curación alguna en los enfermos de este grupo.

En la valoración de un caso, naturalmente, los primeros cuidados deben darse al estado general, a la actitud mental, a la piel, al pulso, peso, etc. Los pacientes que no tienen confianza en el cirujano o en el procedimiento, cuya piel es pálida y deficiente en turgencia, pacientes con pulso débil y fluctuante, individuos que a pesar de la buena alimentación y de los cuidados, pierden peso; en una palabra, aquellos que muestran el estigma de carencia de energía vital, son considerados a priori como sujetos a grandes riesgos y deben verse como malos casos por lo que respecta al éxito de la toracoplastía o de cualquier operación mayor que en ellos pueda ser practicada. Von Romberg expresa el problema de una manera muy significativa cuando dice que la recuperación del enfermo "presupone cierto grado de reacción y de tendencia a la curación". La operación, sin embargo, sólo suministra la base para este proceso y los más excelentes cimientos no servirán de

"COLENOL"
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
E. PANDO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

nada, si no hay material para la construcción de la super estructura.

El siguiente paso será la estimación de la capacidad funcional de reserva del organismo en general, y del aparato respiratorio en particular. La capcidad vital está en proporción directa de la gravedad del proceso pulmonar, y de ahí que proporcione un índice excelente no solamente de pronóstico, sino también, más adelante, sobre la efectividad o fracaso de las medidas terapéuticas usadas (Myers). La presencia de una enfermedad seria en cualquiera de los órganos vitales: corazón, intestino, riñón, sistema nervioso, "eo ipso" elimina la posibilidad de practicar una operación mayor porque impondría mayor desgaste a las fuerzas vitales del organismo. Además, no debemos olvidar que la infección tuberculosa por sí misma, puede haber causado tal decrecimiento de vitalidad, que cualquier pérdida adicional causada por la operación, de ninguna manera debe ser permitida. Aquí el cirujano necesita de la asistencia de un experimentado internista, quien por medio de una observación clínica contínua, y con ayuda de todos los modernos métodos de diagnóstico, lo ayudará a ver más claramente los más íntimos procesos metabólicos del organismo. Exámenes de la sangre (von Romberg) comparados en serie, dilucidará estos estados. De acuerdo con Baer y Engelsmann, una caída contínua abajo de lo normal del índice linfocitario y la ausencia constante de eosinófilos, constituye un mal signo. La velocidad de sedimentación de los eritrocitos puede a veces tener gran valor. Pueden ser de inestimable valor las reacciones serológicas a inmunológicas para dilucidar las condiciones de resistencia y de alergia. Lo mismo se puede decir de la determinación de la presión arterial, exámenes para descubrir hemorragias ocultas, pruebas funcionales del riñón y del hígado (reacción diazoica y urocromógena). **(Continuará)**

"AUTOX"

Pat. 30,530.

Oxigeno Q. P. Autoinyectable

De utilidad en el tratamiento de la neumonía, bronconeumonía y de todos los estados disneicos y asfictivos.

Frasco "AUTOX" conteniendo 250 cm3 de Oxígeno q. p.....$ 1.00
Aparato "AUTOX" "A" para la inyección automática 3.00

Aparato "AUTOX" "B" para la inyección automática, completo con manómetro para la medida del gas a inyectar 20.00

Laboratorios "ISIS"

Químico, Biológico, Farmacéutico.

6a. Fresno 202. Ap. postal 741.

Eric. 603-78. Mex. Q.08-55.

México, D. F.

Heridas Supurantes

Los emplastos de

Antiphlogistine

Con su alto contenido de glicerina y sus propiedades antiflogísticas, son de positivo valor para disminuir el volumen de los exudados y reducir la hinchazón.

Además, el cambio de estos emplastos no resulta doloroso.

Solicite muestra y literatura.

The Denver Chemical Mfg. Co.

Nueva York, E. U. A.

Representados en México, por:

SANBORNS HNOS, S. A.

Av. Madero No. 4. México, D. F.

Reg. No. 193, D. S. P.

SEÑORES MEDICOS:

Por especial autorización de nuestros representados, Dr. George Henning, de Berlin, Alemania, hemos rebajado considerablemente los precios por el extracto pituitario denominado Pituigán Henning, de 3 unidades Voegtlin, y Pituigan fuerte Henning de 6 unidades de Voegtlin. También nos permitimos llamar su atención sobre el producto Ovarium Panhormon, el que se encuentra a la venta, en tabletas y ampolletas de 100 U. R. y en tabletas de 300 U. R.

Además, últimamente hemos lanzado al mercado, el producto denominado EFEDRINA INHALANTE HENNING, de magnífica calidad y a precios baratos.

Suplicamos al H. Cuerpo Médico se sirva prestar su atención a nuestros productos, los que son superiores en su calidad y además, se cotizan a precios más bajos

UNIVERSAL TRADING CO., S. A.

Pasaje Yucatán, despacho 24

MEXICO, D. F.

Representantes de la Casa
DR. GEORG HENNING.
Fábrica de Productos
Químicos, Berlín, Alemania

Cloruro
de
SINOMENINA
(Reg. D. S. P. 3700)
PARA EL
TRATAMIENTO
del REUMATISMO
y NEURALGIAS
"CLORURO DE SINOMENINA" es un remedio específico para el Reumatismo y Neuralgías, descubierto por el Dr. Médico N. Yshiwari, después de largas investigaciones efectuadas en el Instituto Farmacológico de la Universidad Imperial de Kiyoto, bajo la superintendencia del Profesor K. Marishima.
"CLORURO DE SINOMENINA" es una sal clorhídrica de la Sinomenina, alcaloide cristalino obtenido por un procedimiento químico especial del Sinomeniun actum Rehd et Wils (Minos permaceas), hierba medicinal, específica para el tratamiento del Reumatismo y las Neuralgías, que goza de gran popularidad en el Japón desde tiempos muy remotos.
"CLORURO DE SINOMENINA" es un polvo blanco, cristalino, de sabor acre, soluble en agua en proporción de 4-8%, funde a 231 C.
Importadores: CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.
Isabel la Católica, 85. México, D. F.

Para el paludismo,

pneumonía

grippe

Una combinación perfecta, que aumenta cuatro veces la acción Antitérmica de la Quinina

Para uso, Hipodérmico, Intramuscular e Intravenoso. Indicado en todas las enfermedades de carácter febril, Grippe, Paludismo, Fiebres Infecciosas, Etc.

INDOLORO. - NO PRODUCE ZUMBIDO DE OIDOS. - TONIFICA EL CORAZON

SE VENDE EN CAJAS DE
5 Amp. de 5 cc, para adultos y 10 Amp. de 2 cc. para niños.

Importadores: - CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica Núm. 85. México, D. F.

Quinapon

ELI LILLY AND COMPANY

Fundada en 1876

Fabricantes de Productos Medicinales
para Usarse Única y Exclusivamente
bajo la Dirección Médica

MERTHIOLATE LILLY

(*Mercuritiosalicilato de Sodio Etílico*)

OBSERVACIONES clínicas extensas corroboran las conclusiones de que el Merthiolate es un bactericida superior. Su toxicidad es baja; no es irritante en solución adecuada; es efectivo en, y miscible con, proteínas séricas. Sus formas convenientes de presentación incluyen, además de la solución y la tintura, un ungüento, un ungüento oftálmico y una jalea hidrosoluble.

D. S. P.—1671; 9632; 9580; 9597; 9603.

Oficinas y Laboratorios Principales en Indianapolis, Indiana, E. U. A.

Talleres Linotipográficos "Rivadeneyra," S. A.—Miguel Ramos Arizpe y Plaza de la República.